

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1952

THÈSE

N°

681

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Yves PHILIPPE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 26 Août 1926, à VALENCE (Drôme)

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juin 1952

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU GROS CÆCUM MOBILE
ET DE SES RÉPERCUSSIONS
APPENDICULAIRES**

Président : M. J. SÉNÈQUE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1952

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1952

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Yves PHILIPPE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 26 Août 1926, à VALENCE (Drôme)

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juin 1952

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU GROS CÆCUM MOBILE
ET DE SES RÉPERCUSSIONS
APPENDICULAIRES**

Président : M. J. SÈNÈQUE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1952

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BASSET, BAUDOUIN, BRINDEAU, E. BRUMPT, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GUILLAIN, HARTMANN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE, LHERMITTE, LOEPER, MARION, MATHIEU, MULON, OMBREDANNE, ROUVIÈRE, SANNIÉ, SÉBILEAU, SÉZARY, TANON.

Doyen LÉON BINET.
Membre de l'Institut.
Assesseur JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie	OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN.
Carcinologie	OBERLING.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Cliniques chirurgicales	BROCC.
	CADENAT.
	MONDOR.
	QUÉNU.
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	FEVRE.
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS.
Clinique de puériculture	LELONG.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER.
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ.
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Cliniques médicales	BÉNARD (H.).
	LAROCHE (Guy).
	HARVIER.
	LIAN.
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANÇON.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Cliniques obstétricales	LANTUÉJOUL.
	LÉVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHTET.
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER.
Clinique Rhumatologique	COSTE.
Clinique stomatologique	DECHAUME.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL.



Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIÉTY.
Histologie	CHAMPY.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du travail	DESOILLE.
Médecine légale	PIÉDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri)
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	TURPIN.

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		
Anatomie	CORDIER. DEBEYRE DELMAS.	Parasitologie co- loniale	CHABAUD.
Anatomie patholo- gique	M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS. BUSSER	Pathologie chirur- gicale	ABOULKER BAUMANN GOSSET
Bactériologie	FASQUELLE. NEVOT		HUGUIER LAURENCE LEGER
Biologie médic. .	BOURLIERE ETTORI.	Pathologie chirur- gicale	OLIVIER PADOVANI. POILLEUX ROUX. RUDLER. VERNE
Biochimie médi- cale	JAYLE SCHAPIRA.	Pathologie expér.	MERKLEN.
Dermato-Syphi- ligraphe	DEGOS.		BERNARD BOUDIN CASTAIGNE CONTE DECOURT. DOMART DREYFUS (Gilbert).
Histologie	BULLIARD COUJARD. DESCLAUX.	Pathologie médi- cale	FAUVERT. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. MAURIC. MILLIEZ PERRAULT RAMBERT THIEFFRY TURIAF
Hydrologie	DEBRAY.		LAPLANE.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.	Pédiatrie	MARIE (Julien).
Médecine légale .	DÉROBERT. GAULTIER.		LEVY. CHEYMOL.
Neurochirurgie.	N...		
Neurologie	DE SÈZE. GRASSET LEPAGE MAYER.		
	MERGER RAVINA VARANGOT.		
Obstétrique	OFFRET. DESIGNES		
Ophthlalmologie ...	HALPHEN MADURO		
Oto-rhino-laryng..	BRUMPT, L. C.		
Parasitologie			

Physiologie	{ BARGETON. PARROT.	Psychiatrie in- fantile	MICHAUX.
Physique médic..	{ DOGNON. DJOURNO. GOUGEROT.	Stomatologie . . .	CHAPUT.
Psychiatrie	BARUK.	Thérapeutique Agr. ch. d'ens..	BROUET.
		Urologie	KUSS.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens :

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*)
GATELIER (*Clinique chirurgicale*), LE LORIER (*Obstétrique*)
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent :

	MM.		MM.
Clinique chirurgi- cale	{ AMELINE. FUNCK-BRENTANO. MÈNEGAUX. PATEL. SICARD.	Clinique médicale	{ MOUQUIN. LENEGRE. MARCHAL. SOULIE. DIGONNET.
Clinique médicale	{ BOULIN. BROUET. CACHERA DELARUE. GARCIN. HAGUENAU.	Clinique obstétri- cale	{ ECALLE. LACOMME. SUREAU.
		Clinique ophtal- mologique	RENARD.
		Clinique oto-rhi- no-laryngologi- que	AUBIN.
		Clinique urologi- que	COUVELAIRE.

Secrétaire de la Faculté J. MOREL.
Secrétaire adjoint M^{lle} CHAINTREUIL.

Bibliothécaire en Chef Docteur A. HAHN.
Bibliothécaires M^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.
LE NOIR.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi-
nions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être consi-
dérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.*

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de ma profonde reconnaissance et piété filiale.

Pour tout ce que je leur dois et pour m'avoir guidé jusqu'à cette noble carrière.

A MA FEMME

Avec toute ma tendresse et pour lui témoigner tout mon amour.

Pour son aide, ses conseils et ses sacrifices généreusement consentis au cours de ma vie d'études.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON ONCLE ET PARRAIN

Avec mon affectueuse reconnaissance.

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES BEAUX-PARENTS

Avec l'expression de mon affectueuse gratitude.

A MON BEAU-FRERE ROBERT

Externe des Hôpitaux de Paris

Pour son aide précieuse.

A MON BEAU-FRERE JEAN

ET A MA BELLE-SŒUR THERESE

Avec mes sentiments très fraternels.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES DE L'ECOLE
DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

A TOUS LES MIENS ET AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. SENEQUE

Professeur de clinique thérapeutique chirurgicale

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

En témoignage de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Médecin-Colonel GIRAUD

Professeur au Val-de-Grâce

Qui nous a inspiré cette thèse.

Pour son enseignement inlassable, son aide précieuse et bienveillante, notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Médecin Lieutenant-Colonel SIFFRE
Professeur agrégé au Val-de-Grâce

Pour son aide et ses conseils au
cours de cette année passée dans son
service.

A Monsieur le Médecin-Capitaine BARTHELEMY
Chirurgien assistant des Hôpitaux militaires

A Monsieur le Médecin-Capitaine PARVAIS
Chirurgien assistant des Hôpitaux militaires

A TOUS MES MAITRES

A MES CHEFS MILITAIRES

INTRODUCTION

Nous nous proposons dans ce travail d'étudier une pathologie toute spéciale, celle du « *gros cæcum mobile* ».

Nous savons que, normalement, le cæcum est plus ou moins accolé. Parfois il est complètement fixé à la paroi et se présente comme un organe rétropéritonéal. Tantôt il est pourvu d'un méso, tantôt il est totalement libre dans la cavité abdominale, entièrement entouré de péritoine. Parfois il fait suite à un côlon ascendant qui lui aussi est mobile. Mais nous nous intéresserons dans cette thèse, uniquement aux cas, où seul le cæcum est mobile.

Un cæcum simplement mobile ne provoque pas forcément des troubles, car c'est le cas de beaucoup de sujets. Cependant le cæcum mobile, plus que le cæcum fixé, a tendance à se dilater, à se ptoser et ce sont ces ectasies cæcales, associées à une mobilité excessive qui provoquent les troubles que nous nous proposons d'étudier.

De nombreux syndromes douloureux de la fosse iliaque droite sont dus à des gros cæcums mobiles. Cependant cette pathologie est peu connue dans la littérature médicale, et c'est une des raisons pour lesquelles, ces malades sont le plus souvent étiquetés « appendicite chronique » et opérés comme tels. Or, si l'appendicectomie est souhaitable, elle n'est pas suffisante. Ceci explique les douleurs persistantes dont se plaignent ces malades appendicectomisés.

Nous nous appliquerons donc à mettre en valeur les signes qui peuvent faire soupçonner la possibilité d'un gros cæcum mobile et qui permettent, en orientant le praticien vers des examens complémentaires, de faire ce diagnostic.

Nous ferons état de plusieurs observations de malades atteints de cette affection qui, ayant été appendicectomisés, ont continué à souffrir. Ils ont été soulagés par le traitement approprié à cette pathologie du cæcum, lequel consiste en une cæcoplicature et une cæcopexie. Cette intervention facile, ne retardant pas beaucoup l'appendicectomie, est pourtant dans certains cas très importante et peut être considérée alors comme l'essentiel de l'opération.

Nous avons pu avoir des nouvelles de ces opérés après un certain temps de recul, la plupart ont été entièrement soulagés. Nous avons fait une statistique des cas opérés dans les services du professeur GIRAUD, tant à l'hôpital militaire Desgenettes à Lyon qu'à l'hôpital militaire du Val de Grâce à Paris, et nous les apportons à l'appui des conclusions que nous nous permettons d'émettre.

HISTORIQUE

Ce n'est que depuis une cinquantaine d'années seulement que le gros cæcum mobile est signalé. Auparavant, ce syndrome était confondu, ou bien avec une pseudo-appendicite, ou bien avec une typhlite rapportée soit à une ptose ou à une malposition du cæcum, soit à une atonie ou à un trouble spasmodique de celui-ci.

HAUSMANN, le premier, en 1904 fait allusion au gros cæcum mobile douloureux « cæcum mobile dolorosum ».

DELBET en 1905 pratique la cæcoplicature horizontale pour ce qu'il dénomme « typhlite ptosique ».

KLOSE en 1909, de QUERVAIN en 1912 proposent la cæcopexie latérale. WILMS en 1908, STIERLIN en 1910, HAUSMANN en 1912 proposent la fixation rétropéritonéale du cæcum « cæcofixatio retroperitonealis ».

TAVEL en 1904, JACKSON en 1908, DUVAL en 1910, ROUX en 1910, HOFMEISTER en 1911, NORDMAN en 1926 proposent au contraire la mobilisation du colon ascendant.

SCHMIEDEN en 1942 pratique la résection iléo-cæcale pour gros cæcum mobile douloureux après appendicectomie.

Herbert JUNGHANNS consacre un important article sur la question dans la revue « *Der Chirurg* » d'octobre 1947, étudiant la symptomatologie clinique et la thérapeutique de ce syndrome.

Pour lui, le gros cæcum mobile se caractérise par des crises douloureuses de la fosse iliaque droite qui apparaissent très tôt dans l'adolescence, qui augmentent en intensité avec l'âge et qui sont séparées par des périodes de calme de plus en plus courtes.

Les crises douloureuses surviendraient, de préférence, après un temps assez long en position assise ou en décubitus dorsal. Le décubitus latéral droit ou la marche ferait disparaître les douleurs. L'exercice physique diminuerait les accès.

Les douleurs peuvent être très intenses et prendre un caractère de colique, mais elle ne durent que quelques heures tout au plus.

Pendant les crises douloureuses, les malades ont une impression de tension au niveau de la fosse iliaque droite ; ils ressentent ou entendent même des bruits hydro-aériques. Ces sensations disparaissent avec des borborygmes spontanément ou après massage.

Nausées et vomissements ne se voient que dans les crises importantes. La température monte rarement et peu.

JUNGHANNS distingue surtout deux formes chirurgicales :

— ou bien crises rares avec intervalles de calme complet, constipation et diarrhée alternent dans ce cas.

— ou bien douleur lancinante, durable, continue de la fosse iliaque droite, dont l'intensité est variable « ondulante ». Cette forme s'accompagne d'inappétence, d'asthénie, de céphalée et de constipation opiniâtre.

Le clinicien, qui palpe, dans une période de crise, la fosse iliaque droite de ces malades, sent une tumeur élastique comme un coussin d'air. Une voussure de la fosse iliaque droite peut se voir. Pas ou très peu de défense caractérise cette affection. En massant la fosse iliaque droite, on arrive à faire disparaître facilement cette voussure, en produisant un bruit hydro-aérique. Quand la tuméfaction est peu douloureuse, on peut la mobiliser. Après la crise, il persiste un certain endolorissement de la fosse iliaque droite, à type de pesanteur.

Dans les intervalles des crises, on ne trouve pas de signes objectifs, rarement une différence dans la palpation des fosses iliaques, la droite se laissant moins facilement déprimer.

Lorsque l'on ne pense pas à la possibilité d'un gros cæcum mobile et que l'on voit le malade en période de crise, le diagnostic que l'on fait est celui d'appendicite aiguë. Quand il s'agit de douleurs vagues et lointaines, entre les crises, c'est le diagnostic d'appendicite chronique qui vient à l'esprit, et le chirurgien même très expérimenté est étonné, après laparatomie, de trouver un appendice sain.

La radiographie est très intéressante : après lavement baryté, elle montre la morphologie du cæcum. Pour étudier les fonctions cœcales, il vaut mieux pratiquer un transit intestinal.

Pour JUNGHANNS il y a deux opérations possibles :

1° Si après laparotomie, l'appendice apparaît au devant du cæcum, on pratique d'abord l'appendicectomie, suivie d'une cæcoplicature longitudinale, à partir du moignon d'appendicectomie, jusqu'à la région où le côlon est fixé.

2° Si l'on a affaire à un cæcum très mobile et volumineux, JUNGHANNS propose de cliver le péritoine pariétal postérieur et d'y glisser le cæcum à l'intérieur, pratiquant ainsi l'opération préconisée par WILMS, STIERLIN et HAUSMANN « la cæcofixatio retroperitonealis ».

VON WILHELM H. THIEDE dans la « *Geburtshilfe Frauenheilkunde* » de septembre 1948 entrevoit, comme responsable des douleurs lombaires chez la femme, un gros cæcum mobile.

« Le cæcum mobile peut être la cause de constipation et de troubles intestinaux variés dont la connaissance est très importante pour les gynécologues. En outre, des douleurs lombaires peuvent être provoquées par la pression directe du cæcum, descendu dans le bassin. Il est à observer que la mobilité et la dilatation du cæcum, à côté d'autres causes, peuvent être rapportées à un manque de tonus pendant la grossesse. Ceci explique les cas qui ne se révèlent qu'après les accouchements ».

Il tient aussi le gros cæcum mobile pour responsable de certains états de rétroflexion utérine : « Pendant le post-partum l'utérus est très mobile et se trouve mis en rétroflexion par le cæcum très dilaté, et cette rétroflexion persiste par la suite. Pour rétablir l'ordre, la méthode la plus simple est la cæcopexie accompagnée bien sûr d'appendicectomie. »

RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

Il est capital pour comprendre et interpréter la morphologie, les différentes positions, l'accolement plus ou moins grand du cæcum, de rappeler quelques notions essentielles d'embryologie.

L'anse ombilicale, initialement sagittale, présente une branche proximale descendante, destinée à la formation du jéjunum, et une branche distale post vitelline, ascendante, de calibre inégal destinée à la formation de l'iléon, du cæcum et des côlons ascendant et transverse.

Cette branche distale porte un renflement : le bourgeon cæcal.

Dans une première phase de torsion, cette branche distale vient en position supérieure, pré-duodénale et sous-hépatique. La portion de cette branche, comprise entre le bourgeon cæcal et l'angle splénique déjà fixé, est orientée, sans coude, de bas en haut et de droite à gauche. L'extrémité cæcale, bloquée en haut par le foie et en dehors par la paroi abdominale, va glisser sur ce butoir et s'infléchir en bas. Ainsi prend naissance le coude colo-colique droit ou hépatique. Le côlon ascendant résulte de l'évagination de l'extrémité cæcale et de sa descente progressive jusqu'à la fosse iliaque droite.

Le développement peut s'arrêter au stade où le bourgeon cæcal est en position sous-hépatique et le cæcum reste en position haute.

S'il se poursuit jusqu'à mi-hauteur costo-iliaque, le cæcum se place alors en position lombaire.

S'il se développe normalement, le cæcum se trouve en position iliaque.

Le but peut enfin être dépassé, quand les accolements tardent à se produire : le cæcum libre pourra descendre dans le bassin, jusqu'au contact de la vessie, de l'ovaire et des trompes, ou s'engager dans un anneau herniaire et s'y fixer secondairement.

Le fond du cæcum se développe aux dépens de la paroi externe du bourgeon cæcal. L'appendice représente le fond de ce bourgeon, et il se trouve définitivement rejeté sur la paroi postéro-interne du cæcum, en raison du développement bien plus important du fond cæcal, aux dépens de la paroi externe de ce même bourgeon.

Les accolements du côlon et de son méso se font avec le péritoine pariétal postérieur primitif. Ils se produisent de haut en bas et de droite à gauche. Le cæcum, coiffé de sa séreuse, échappe plus ou moins au processus de coalescence du côlon droit.

De ce rappel embryologique nous retiendrons :

1° Les différentes positions que le cæcum peut occuper : sous hépatique, lombaire, iliaque, pelvienne.

2° Le cæcum formé par évagination d'un bourgeon peut se développer, s'amplifier à l'extrême, d'où la possibilité de gros cæcum.

3° Par le jeu des accolements, il peut être fixé ou rester entièrement libre.

L'embryologie, en un mot, laisse parfaitement entrevoir la possibilité d'un « gros cæcum mobile ».

RAPPEL ANATOMIQUE

Le cæcum est la partie du gros intestin qui forme un sorte de poche, se continuant en haut avec le côlon ascendant. Sa limite supérieure est marquée par le plan transversal passant par le bord inférieur de la valvule de Bauhin. Le cæcum peut être considéré comme un diverticule du gros intestin.

De volume très variable, sa longueur est en moyenne de 6 à 12 centimètres et sa capacité de 250 à 300 centimètres cubes.

Normalement mobile, il est situé dans la fosse iliaque interne droite, angle dièdre à arête externe, formé en arrière par le psoas iliaque et en avant par les muscles larges de l'abdomen. Il est alors oblique en bas, en dedans et en avant.

Cependant le cæcum peut occuper des situations différentes. Tantôt son fond dépasse la ligne du détroit supérieur et descend dans la cavité pelvienne, on dit alors que le cæcum est en position basse. Tantôt il se situe à la partie supérieure de la fosse iliaque droite, il est alors en position haute, lombaire, prérénale, ou sous hépatique. La situation haute résulte d'un arrêt de développement du côlon ascendant ; la situation basse provient d'une exagération de ce développement. Il a été démontré que ces anomalies de position seraient la conséquence, non pas d'une insuffisance de la rotation de l'anse ombilicale primitive qui est normalement de 270° et amène le cæcum dans la fosse iliaque droite, mais d'un défaut de développement du côlon ascendant..

La portion terminale du jéjuno-iléon forme avec le cæcum un angle aigu ouvert en bas et à gauche : l'angle iléo-cœcal.

A deux ou trois centimètres plus bas s'abouche l'appendice muni à ce niveau de la valvule de Gerlach.

Du point d'implantation de l'appendice, partent les trois bandelettes musculaires longitudinales du gros intestin. L'une, la bandelette antérieure, décrit en avant une courbe concave

en haut, en dedans et monte sur le milieu de la face antérieure ; une deuxième, postéro-externe, décrit sur la face postérieure une courbe analogue à celle de la bandelette antérieure et monte sur le côté postéro-externe du cæcum ; enfin la troisième passe en arrière de l'orifice iléo-cæcal et devant la bandelette postéro-interne du côlon ascendant. Entre les bandelettes se trouvent des bosselures posées sur trois rangées. Ces dernières, sous la pression du contenu intestinal, s'accusent, mais elles s'accroissent inégalement. En effet, les bandelettes formées de fibres longitudinales solides, sont comme des haubans qui soutiennent la paroi cæcale, qui ne dispose que des fibres circulaires moins résistantes et plus aisément extensibles. Ce sont les bosselures antéro-externes qui augmentent le plus de volume, l'une d'elle constitue de fond du cæcum.

Au niveau de l'angle iléo-colique les deux feuillets de l'extrémité inférieure du mésentère se portent, l'un sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure du cæcum et entourent cet organe ainsi que l'appendice. Les deux feuillets péritonéaux se continuent, l'un avec l'autre, sur la face externe et le fond du cæcum, et aussi sur les bords de l'appendice, de telle sorte que cæcum et appendice sont entourés par le péritoine et mobiles dans la cavité abdominale.

On trouve assez souvent, en arrière du cæcum, une fossette rétro-cæcale, provenant de l'accolement incomplet de la paroi postérieure du cæcum au péritoine pariétal. Le processus par lequel le côlon ascendant s'unit à la paroi, se prolonge parfois sur le cæcum, et l'accolement de celui-ci au péritoine pariétal peut se faire seulement le long des bords externe et interne de sa face postérieure. Il se forme ainsi un recessus rétro-cæcal ouvert en bas : c'est la fossette rétro-cæcale.

Mais dans les cas habituels, le cæcum entièrement enveloppé de péritoine, n'est pas accolé : la limite entre partie fixe et partie mobile du côlon passe juste au niveau du bord supérieur de l'abouchement de l'iléon.

Un fait est à noter : lors des distensions gazeuses l'augmentation de volume se fera surtout, du moins au début, aux dépens de la paroi antérieure et externe, donc de façon asymétrique, car la paroi antérieure et externe se développe beaucoup plus que les parois postérieure et interne.

On peut en conclure :

1° Le cæcum est un organe qui se laisse facilement distendre.

2° Il est mobile et peut occuper des situations ectopiques (ce dernier point étant expliqué par son origine embryologique).

Il s'ensuit une pathologie cæcale toute particulière, celle du « gros cæcum mobile ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce rappel anatomique nous permet de voir brièvement l'anatomie pathologique du gros cæcum mobile. Il s'agit en effet, d'un cæcum volumineux, non accolé, en situation normale ou ectopique, parfois prolabé dans le pelvis au-dessous du détroit supérieur et qui se présente, lors de l'intervention, avec des voiles de pérityphlite.

Macroscopiquement le cæcum apparaît avec une paroi épaissie, d'aspect congestif et inflammatoire, saignant facilement au moindre traumatisme de la séreuse, ce qui forme des placards violacés sous séreux. Nous n'avons jamais eu l'occasion d'avoir une pièce opératoire, permettant un examen microscopique, n'ayant jamais été contraint à une résection cæcale.

Quand il y a un défaut d'accolement du cæcum et que, pour diverses raisons, que nous étudierons par la suite (phénomènes de stase, putréfaction gazeuse, due à un régime alimentaire excessivement végétarien, inflammation chronique, typhlite) le cæcum se trouve dilaté, il peut se produire une plicature cæcale, à charnière horizontale qui n'est pas à proprement parler un volvulus, mais en est souvent la première étape. Cette dernière peut se faire en arrière ou en avant. Le bas-fond cæcale est alors attiré au voisinage de la coupole diaphragmatique droite en général en avant de l'ascendant, l'iléon suivant verticalement le bord interne du cæcum basculé (d'après M. J. HEPP : pathologie du cæcum et de l'appendice. Précis de pathologie chirurgicale).

L'appendice peut se présenter, avec une intégrité macroscopique ou microscopique, chez les porteurs de gros cæcum mobile. Il peut aussi être atteint de signes d'appendicite chronique, avec sclérose et brides à son niveau. Nous avons pu faire examiner au laboratoire d'anatomie pathologique du Val de Grâce certains appendices associés à des gros cæcums mobiles.

Voici les réponses obtenues :

« Image d'inflammation subaiguë avec lésions parcellaires d'inflammation aiguë.

« Aspect histologique d'appendice sensiblement normal ».

« Lésions discrètes d'inflammation subaiguë. La lumière de l'appendice est obstruée en quasi totalité par des matières fécales ».

« Image d'appendice sensiblement normal. En un point seulement, on décèle un aspect de lésion initiale d'inflammation aiguë à l'extrême début ».

« Aspect en faveur d'une appendicite subaiguë ».

« A l'ouverture de l'appendice, pus brunâtre d'odeur fécaloïde, à l'examen duquel on trouve des polynucléaires très autolysés. Flore microbienne abondante, représentée surtout par des bacilles Gram négatif. Aspect histologique en faveur de lésions d'inflammation aiguë ».

De ces quelques examens anatomopathologiques nous pouvons déduire que l'appendice qui accompagne un gros cæcum mobile, est le plus souvent atteint de lésions d'inflammation subaiguë, parfois il s'agit de lésions d'inflammation aiguë, mais on peut voir aussi un appendice absolument sain et normal.

BACTERIOLOGIE

Nous avons fait pratiquer, au laboratoire de bactériologie du Val de Grâce l'examen cyto-bactériologique du pus contenu dans les appendices accompagnant les gros cæcums mobiles, ainsi que l'identification et la culture des germes.

Les résultats nous ont appris, que, pour la plupart, les germes trouvés faisaient partie de la flore intestinale habituelle. Sous l'influence de facteurs mécaniques, au niveau d'un cæcum dilaté, se produisent des phénomènes de stase favorisant le développement des germes et leur passage à la virulence.

En raison du calibre même de la lumière appendiculaire, la circulation y est ralentie et ces germes peuvent s'y développer aisément provoquant l'inflammation et l'infection appendiculaire.

Sur un total de 11 examens, nous avons trouvé :

6 fois des colibacilles ;

5 fois des colibacilles facultativement anaérobies ;

5 fois des entérocoques ;

2 fois des streptocoques non hémolytiques et des staphylocoques pathogènes.

Enfin une fois chacun des germes suivants :

Escherichia coli intermédiatum et indologène ;

bacille anthracomorphe ;

aerobacter aerogenes ;

fœcalis alcaligenes ;

proteus morgani et *vulgaris*.

PATHOGENIE

Nous pensons, avec le professeur GIRAUD, que la fréquence de l'association du syndrome appendiculaire, aigu ou chronique, avec un gros cæcum mobile est telle qu'il est logique de se demander si le cæcum volumineux, exagérément mobile, n'est pas la cause de ce syndrome appendiculaire.

Un cæcum mobile peut en effet se volvuler ou tout au moins se déplacer et cela d'autant plus facilement qu'il est plus volumineux. Il en résulte un trouble du transit intestinal avec une stase cæcale qui se complique de distension. Si cette stase est de courte durée, le syndrome douloureux de la fosse iliaque droite est réalisé : douleurs à début brusque, de courte durée, de disparition rapide.

Mais cette stase cæcale peut se prolonger, se renouveler et entraîner des phénomènes de rétention au niveau de l'appendice. Ce dernier se congestionne, sa paroi s'œdématie plus ou moins, en particulier à sa base, au niveau de la valvule de Gerlach.

Ainsi est constitué un vase clos, où la flore intestinale peut se développer ; d'où une infection appendiculaire susceptible d'évoluer pour son propre compte, même lorsque le transit intestinal s'est rétabli par retour du cæcum en position normale. Et ainsi évolue une appendicite aiguë, pouvant aller jusqu'à la gangrène et la perforation.

Si la paroi de l'appendice est moins œdématisée, le vase clos ne se produit pas et dès que le cæcum reprend sa place normale, sa stase disparaît ainsi que celle de l'appendice.

Pourtant de tels incidents peuvent se répéter, chacun laissant sa trace, au niveau de ce segment intestinal : typhlite et pérityphlite au niveau du cæcum, caractérisée par des voiles et par l'épaississement de ses parois ; scléroses, brides au niveau de l'appendice, toutes lésions symptomatiques d'une appendicite chronique.

GLUCKMANN, dans les comptes-rendus de l'Académie des Sciences, séance du 5 mai 1947, propose une explication pathogénique de la pathologie cœco-appendiculaire. Pour lui l'appendice est responsable de la dilatation et de la stase cœcale. Il n'en reste pas moins vrai, qu'à son tour, le gros cæcum peut retentir sur l'appendice. Si après l'appendicectomie, le cæcum a tendance à perdre sa motilité, à se dilater, c'est une raison de plus de le fixer quand on pratique l'ablation de l'appendice.

Pour GLUCKMANN, l'appendice est le nœud de l'automatisme cœcale ascendant et la suppression, soit pathologique, soit chirurgicale d'un appendice fonctionnel devrait entraîner des troubles du transit. Or cette prévision est confirmée en clinique :

— l'appendicite compte la constipation parmi ses signes cardinaux ;

— des troubles du transit du cœco-ascendant peuvent suivre la suppression brusque d'un appendice indemne.

Des examens systématiques anatomo-pathologiques d'un nombre suffisant de cœco-appendices ont montré que les atteintes diverses de ce dernier ont des répercussions constantes (9 fois sur 10) sur la capacité du cæcum.

« A un appendice enflammé correspond un cæcum à paroi dilatée et atone, dont la capacité atteint 400 à 450 centimètres cubes et plus.

« Les formes extrêmes de dilatation cœcale énorme correspondent, précisément, à des spécimens manquant d'appendice : extirpation chirurgicale, absence congénitale, atrophie ou involution sénile de l'appendice ».

Cette hypothèse de GLUCKMANN permettrait d'expliquer d'une part la fréquence d'association d'un gros cæcum mobile avec un syndrome d'appendicite chronique, d'autre part les énormes cæcums que l'on trouve lorsque l'on réintervient pour des douleurs de la fosse iliaque droite, après une appendicectomie pratiquée quelques mois ou quelques années auparavant.

Elle confirme notre conclusion : lors de l'intervention pour appendicectomie, il ne faut pas hésiter à faire bénéficier le malade d'une cæcopexie : préventive si le cæcum est à peu près normal, curative si le cæcum est déjà dilaté et atone.

Michel CONTÉ, dans son traité de pathologie médicale sous la direction du professeur Pasteur-Valléry-Radot, reconnaît ces mêmes facteurs mécaniques comme causes de typhlite, quand il écrit :

« A l'origine de la typhlite se retrouvent souvent des facteurs mécaniques favorisant : cæcum mobile, ptose, cæcale, brides de Lane ».

SYMPTOMATOLOGIE

I. — Signes cliniques

PREMIER CAS : MALADES N'AYANT PAS SUBI D'APPENDICECTOMIE.

Ces malades présentent des signes cliniques d'appendicite chronique ou d'appendicite aiguë.

1° *Tableau clinique voisin de celui de l'appendicite chronique.*

Ces sujets se plaignent de crises douloureuses siégeant dans la fosse iliaque droite et de troubles dyspeptiques divers. Tantôt on ne relève l'existence d'aucune crise aiguë franche antérieure, ces douleurs sont apparues progressivement ; tantôt à une ou plusieurs reprises déjà, une intervention pour crise aiguë a été discutée. L'intensité de ces douleurs est variable, et leur nature interprétée comme une gêne, une pesanteur, une brûlure, une sensation de picotement. Elles s'exagèrent à l'occasion de la digestion (5 à 6 heures après les repas), d'un écart de régime, d'un effort, des règles au cours desquelles elles peuvent se manifester. Nausées au réveil, anorexie, constipation opiniâtre, tendances aux vertiges et aux lipothymies s'observent également. Sur ce fond douloureux, se greffent des indigestions, avec vomissements alimentaires, que rien n'explique apparemment. Un état de fatigue, d'asthénie chronique, achève le tableau de ces troubles fonctionnels. Un état saburral des voies digestives est fréquent, parfois une légère fièvre apporte une note infectieuse.

Cependant sur ce tableau clinique d'appendicite chronique, une symptomatologie spéciale permet de faire le diagnostic préopératoire d'un gros cæcum mobile, avec typhlite et pérityphlite. Elle est caractérisée par des douleurs de la fosse iliaque droite, débordant parfois celle-ci en haut, en bas et en dedans. Mais sur ce fond de troubles chroniques, des crises douloureu-

ses paroxystiques débutent brusquement en quelques minutes, ne durent que quelques heures, tout au plus, et disparaissent rapidement. Le malade a souvent, au moment de la cessation de la crise, la sensation ou même la perception à l'oreille « de quelque chose qui se vide » (d'après ses dires) avec un bruit hydro-aérique. Il est alors soulagé.

Nous insistons particulièrement sur cette notion de début rapide et de cessation brusque de la crise, qui apporte la note cæcale à ce fond d'appendicite chronique. La sensation de vidage et de bruit de gargouillement est caractéristique.

2° *Tableau clinique d'appendicite aiguë.*

Cependant, les troubles du transit cæcal peuvent, par leurs répétitions, leurs accentuations, amener au niveau de l'appendice des lésions plus importantes. L'inflammation puis l'infection de cet organe peuvent aboutir à une appendicite aiguë.

C'est ce que pense également M. J. HEPP quand il écrit à propos de l'étiologie de l'appendicite aiguë :

« Il n'est pas impossible que, parmi les facteurs prédisposants invoqués parfois, la notion d'hérédité, la prédisposition familiale (peut-être du fait d'une disposition anatomique spéciale : dilatation du cæco-ascendant créant la stase stercorale) ne jouent un rôle effectif ».

Le tableau clinique de l'appendicite aiguë prend le pas sur celui de la colique cæcale, dont l'interrogatoire peut mettre en évidence les épisodes aigus antérieurs. Le malade se présente avec une douleur abdominale aiguë, tantôt d'intensité progressive, tantôt violente d'emblée. Celle-ci d'abord diffuse, se localise vite dans la fosse iliaque droite. Elle peut présenter des irradiations dans le bassin, la cuisse, la région lombaire, en fonction de la situation exacte de l'appendice par rapport au cæcum.

Simultanément, surviennent des vomissements réflexes, alimentaires d'abord, bilieux parfois. Ils peuvent manquer et être remplacés par des nausées. En principe on constate une constipation avec arrêt précoce des gaz, mais la diarrhée est possible pouvant égarer le diagnostic. La température s'élève à 38°, 38°5, le pouls s'accélère.

Le palper de l'abdomen, en commençant par la fosse ilia-

que gauche, peut réveiller une douleur controlatérale droite en refoulant les gaz dans le cæcum (signe de Rovsing). L'hypéresthésie cutanée à droite est fréquente si l'appendice est en position précolique. En insistant, on trouve une défense de la paroi de la fosse iliaque droite et une zone douloureuse, plus ou moins haute ou basse, externe ou interne (Mac BURNEY a décrit un point douloureux, situé à la partie médiane de la ligne qui joint l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure). Dans certains cas la défense est presque invincible : il y a contracture pariétale, attestant une forte réaction péritonéale.

Devant cette crise d'appendicite aiguë, il n'est pas question de mettre en évidence la part du cæcum. Le diagnostic d'intervention s'impose et c'est en pratiquant l'appendicectomie que l'on vérifiera l'ectasie et la mobilité cæcale. Si l'on se trouve en présence de cette éventualité, il sera indiqué d'effectuer une cæcopexie si l'on ne veut pas exposer le malade à continuer à souffrir de son cæcum dans l'avenir.

DEUXIÈME CAS : MALADES APPENDICECTOMISÉES ANTÉRIEUREMENT.

La symptomatologie est particulièrement nette chez les sujets antérieurement appendicectomisées et qui continuent à souffrir d'un gros cæcum mobile. Ils n'accusent souvent que ces crises douloureuses brusques alors qu'entre celles-ci, ils ne souffrent pas.

À l'examen, la palpation de la fosse iliaque droite réveille une douleur. Il s'agit dans ce cas, plus d'une zone douloureuse, que d'un point douloureux. On peut même observer une légère défense de la paroi abdominale ; mais la dépression de celle-ci, quand la douleur profonde le permet, déclenche souvent un bruit hydro-aérique avec une sensation de gargouillement. Chez certains sujets, on perçoit une sorte de cordon dur, roulant sous les doigts, étiqueté la plupart du temps appendice, alors que rien ne prouve qu'il ne s'agisse pas, en réalité, du bord du cæcum épaissi et douloureux.

Le signe de Lapinski (palpation de la fosse iliaque droite, combinée à une élévation lente, active du membre inférieur du même côté) est souvent retrouvé chez ces malades. Cette manœuvre réveille une douleur particulièrement vive, par pression contre le psoas contracté de la région cæco-appendiculaire.

Le signe de Rovsing (douleur contro-latérale droite, par le palper profond de la fosse iliaque gauche, due à la distension passive du cæcum, par le refoulement des gaz du côlon) est parfois positif.

Le signe de Jacob (douleur ressentie à droite à la suite du brusque relâchement de la fosse iliaque gauche) est moins souvent retrouvé, ce signe étant en faveur d'une atteinte péritonéale.

Le toucher rectal est parfois douloureux à bout de doigt et à droite.

Enfin, au cours de ces crises, il n'est pas rare que ces malades accusent des céphalées ; qu'ils vomissent ou qu'ils aient, tout au moins, des nausées. Presque toujours la constipation accompagne ces épisodes douloureux. La température s'élève aux environs de 38° et le pouls est plus accéléré que d'habitude.

Nous rapportons ici une observation particulièrement intéressante par sa symptomatologie, et qui confirme le tableau clinique du gros cæcum mobile, chez une malade antérieurement appendicectomisée, tel que nous venons de le décrire.

OBS. I.

M^{lle} C... a été opérée, pour appendicite aiguë, le 23 juillet 1943. Les suites opératoires ont été normales. Mais un an après, la malade ressent de nouveau des douleurs dans la fosse iliaque droite. Elle était alors réduite, du fait des restrictions alimentaires de cette époque de guerre, à un régime surtout riche en féculents et légumes.

Une première crise importante survient, d'allure subocclusive, caractérisée par l'intensité des douleurs au niveau de la fosse iliaque droite, douleurs à type de coliques spasmodiques, par des nausées, par un arrêt des gaz pendant 24 heures et des matières pendant trois jours. Le météorisme abdominal est surtout accentué à droite.

Une deuxième crise se produit quelques mois après, en 1945, plus importante que la première, le faciès est altéré et le pouls accéléré, la malade se plaint de céphalées, de douleurs abdominales paroxystiques prédominantes à droite, on note encore un météorisme abdominal avec un arrêt momentané des matières et des gaz. Cette crise, avec des hauts et des bas, a duré environ une semaine.

A la suite de cette nouvelle atteinte, un examen radiologique a été pratiqué par transit intestinal. Ce dernier a montré des signes de colite spasmodique avec possibilité de gros cæcum mobile.

Un traitement, à base de belladone *per os* et douze séances de diathermie ont soulagé, pendant un temps, la malade.

Depuis, de nombreuses crises se sont répétées, identiques. Elles sont toujours caractérisées par des céphalées, une période de constipation, des douleurs de la fosse iliaque droite avec sensation de pesanteur, le météorisme abdominal est constant.

Pendant ces crises, qui durent quelques heures et s'étalent sur une semaine environ, la malade présente une inappétence absolue, un état saburral des voies digestives, avec une polydipsie importante. Les douleurs abdominales apparaissent et disparaissent brusquement, durant deux à trois heures tout au plus, et s'accompagnent fréquemment de lombalgies.

Au cours des crises, la position assise est intolérable, et seul le décubitus ventral soulage la malade et lui permet de trouver le sommeil, les périodes de crise sont saisonnières, elles sont plus fréquentes et surviennent plus volontiers au printemps et à l'automne. Les paroxysmes douloureux sont plus fréquents au moment des périodes prémenstruelles. Les repas riches en féculents déclenchent les crises (les petits pois par exemple sont très mal tolérés par cette malade). Par contre, les antispasmodiques la soulagent assez bien au cours des crises, la spasmavérine en particulier.

C'est une des raisons pour lesquelles cette malade ne s'est pas décidé à subir une réintervention.

II. — Formes cliniques

1° GROS CÆCUM MOBILE AVEC RÉACTION D'APPENDICITE CHRONIQUE.

Le syndrome du gros cæcum mobile tel que nous venons de le définir, épouse, lorsqu'il est accompagné d'appendicite chronique, les nombreuses formes cliniques de celle-ci.

C'est dire que l'on peut voir des formes digestives et des formes extra digestives.

Dans les premières, ce sont les signes gastriques qui sont au premier plan, avec ballonnement, pesanteur post-prandiale, aérophagie, douleurs à horaire variable, tardives ou précoces.

Mais on peut voir aussi les signes colitiques dominer : douleurs coliques diffuses, alternative de constipation et de diarrhée avec besoin impérieux d'aller à la selle.

Parfois ce sont les signes vésiculaires qui dominent, en

raison de phénomènes douloureux droits (il y a des vésicules dont le bas fond se trouve très proche de l'ombilic. Il y a aussi des appendices en position sous-hépatique), des céphalées, des nausées et des intolérances alimentaires électives qui les accompagnent.

Les formes extra digestives peuvent simuler des affections urinaires : (pyélonéphrite, cystite, colibacillurie) par les douleurs lombaires associées à la dysurie, symptomatiques d'un gros cæcum mobile en position basse, avec réaction appendiculaire chronique.

Chez la femme, combien de dysménorrhées, de syndromes douloureux pseudo-génitaux sont dus à une appendicite chronique ! Nous verrons ultérieurement que la trompe ou l'ovaire ont pu être incriminés, alors qu'il s'agissait en réalité, d'une ectasie cæcale accompagnée ou non d'une réaction appendiculaire. La disparition de ces troubles après cæcoplicature et cæcopexie en est la preuve.

Chez elle, le cæcum est dans une plus grande proportion que chez l'homme, ectasié et mobile, et il faut souvent se demander chez une femme qui se plaint de douleurs pelviennes, s'il ne s'agit pas simplement d'un cæcum douloureux.

2° GROS CÆCUM AVEC RÉACTION D'APPENDICITE AIGÜE.

Nous n'insisterons pas sur ces formes : ce sont celles de l'appendicite aiguë.

3° GROS CÆCUM MOBILE SANS RÉACTION APPENDICULAIRE.

Cette forme est surtout caractérisée par des crises douloureuses paroxystiques courtes. Entre ces crises le malade ne ressent rien.

4° GROS CÆCUM MOBILE CHEZ DES MALADES APPENDICECTOMISÉES.

On distingue essentiellement deux formes :

Ou bien les malades accusent des crises paroxystiques douloureuses de la fosse iliaque droite, de courte durée, telles que nous les avons décrites. Entre celles-ci, ils vont parfaitement bien, à part une certaine constipation, quelques céphalées et quelques vagues troubles digestifs.

Où bien ce sont des malades qui se plaignent constamment de douleurs de la fosse iliaque droite, avec sensation de pesanteur. On note bien quelques crises plus importantes, mais elles sont moins nettes que dans le cas précédent. Ces malades sont fatigués, asthéniques, anorexiques et c'est à eux que s'applique cette pensée de JUNGHANNS : « ce sont des malades qui ont perdu la joie de vivre et la capacité au travail ».

5° FORMES A ALLURE SUBOCCLUSIVE.

Nous en avons vu des épisodes dans l'observation que nous avons rapportée précédemment : douleurs paroxystiques de la fosse iliaque droite, météorisme abdominal et arrêt momentané des matières et des gaz.

III. — Signes radiologiques

Dans les cas de gros cæcum mobile, que le malade soit ou non appendicectomisé, il est intéressant de faire pratiquer un examen radiologique, à condition qu'il ne s'agisse pas d'appendicite aiguë.

On peut facilement, par un lavement baryté, mettre en évidence un gros cæcum en position plus ou moins ectoptique et plus ou moins mobile, souvent douloureux sous la main du radiologue qui le palpe et le mobilise.

La radiographie, après lavement baryté, montre aussi des signes de typhlite, caractérisée par une irrégularité des bords du cæcum et du côlon ascendant. On peut voir parfois un aspect déchiqueté, très irrégulier, du bas fond cæcal, caractéristique de l'inflammation de ce dernier.

Trois éventualités peuvent se produire, à l'examen de la région cæco appendiculaire, en cas de syndrome douloureux de la fosse iliaque droite :

1° Gros cæcum mobile douloureux sans signe d'inflammation appendiculaire ou après appendicectomie.

2° Gros cæcum mobile douloureux avec participation appendiculaire.

3° Syndrome douloureux de la fosse iliaque droite qui n'est pas d'origine cæco appendiculaire.

PREMIER CAS : GROS CÆCUM DOULOUREUX SANS PARTICIPATION APPENDICULAIRE.

Normalement, en position debout, le cæcum forme un bou-din opaque, qui se situe au-dessus ou à la hauteur de la crête iliaque : en décubitus dorsal, le cæcum remonte de deux à quatre travers de doigt et change légèrement de forme.

La mobilité du cæcum peut être appréciée sous écran, en cherchant à le déplacer au travers des muscles de la paroi, soit en le refoulant vers le haut, soit en le faisant glisser du côté interne.

La distension du cæcum apparaît assez facilement lorsqu'il est particulièrement volumineux.

Comme point de repère nous savons que le cæcum, de calibre normal, mesure 5 et 6 centimètres de diamètre. On peut dire que le cæcum est anormalement gros, lorsque le bas fond cæcal atteint une ligne passant par le bord inférieur de l'articulation sacro-iliaque.

D'autres signes caractérisent la pathologie du gros cæcum ; outre le retard à son évacuation, un spasme plus ou moins généralisé du cadre colique, des signes de périviscérite du cæcum sont particulièrement significatifs. Au stade de réplétion, ses bords prennent un aspect chagriné et ne répondent plus aux sinuosités harmonieuses normales. Si le processus s'étend et s'aggrave, les bords deviennent franchement déchiquetés.

En « lumière collabée » les plis sont conservés mais ils ont l'aspect « irrité-exsudatif » (Exploration radiologique des côlons et de l'appendice par G. MAINGOT).

Après insufflation le liseré muqueux est intact.

DEUXIÈME CAS : GROS CÆCUM MOBILE AVEC PARTICIPATION APPENDICULAIRE.

On observe le même aspect que précédemment, peut être plus accentué sur le bord interne du cæcum. La douleur appendiculaire se localise au niveau de son bord inféro interne, à deux centimètres environ en dedans de l'ombre cæcale.

LA RADIOGRAPHIE DANS LE SYNDROME DU GROS CÆCUM MOBILE



Fig. 1 - de gauche à droite et de haut en bas on distingue :

- I - Volumineux cæcum mobile avant l'intervention (observation X)
- II - Même cæcum diminué de volume et fixé (observation X).
- III - Après lavement baryté, gros cæcum mobile atteignant le détroit supérieur (observation IV)
- IV - Phénomènes de typhlite qui accompagnent un gros cæcum mobile. Ses bords sont très irréguliers et très franchement déchiquetés (observation VI).

En décubitus dorsal, le cæcum remonte dans l'abdomen, mais le point douloureux est perçu plus haut, il conserve avec le fond cæcal, exactement les mêmes rapports que dans la position verticale.

TROISIÈME CAS : IL NE S'AGIT PAS D'UNE DOULEUR CÆCO-APPENDICULAIRE.

En position debout, l'aspect du cæcum est normal mais il existe un point douloureux inféro-interne par rapport au bas fond cæcal.

En décubitus dorsal, le cæcum remonte dans l'abdomen, mais la zone sensible n'a pas bougé, elle n'est plus en rapport maintenant avec le bas fond cæcal. Dans ces circonstances, on peut nier l'origine cæco-appendiculaire de la douleur et c'est à quelque autre organisme qu'on doit l'attribuer : utérus, annexes, uretère, rein. C'est un moyen de diagnostic différentiel que pose souvent la pathologie cæco-appendiculaire avec une affection génitale ou rénale.

TRAITEMENT

Le traitement du gros cæcum mobile douloureux est simple et ne retarde pas beaucoup l'appendicectomie pour laquelle on a décidé, la plupart du temps, la laparotomie.

1° CÆCOPÉXIE LINÉAIRE APRÈS CÆCOP LICATURE.

Dans un premier temps, après extériorisation du cæcum, qui est particulièrement facile chez ces malades, on pratique l'ablation de l'appendice, qu'il soit sain ou non, car on ne doit pas refuser au malade le bénéfice de cette appendicectomie, bien que nous considérions que cette ablation, lorsque l'appendice est sain, n'est pas l'essentiel de l'opération.

Dans un deuxième temps, il convient de faire la cæcopolicature. Pour cela, avec une aiguille de Reverdin fine, ou mieux, avec une aiguille intestinale on fait un point en X, séro-séreux, s'appuyant sur la bandelette antérieure d'une part et sur la bandelette postérieure externe du cæcum, d'autre part. Trois ou quatre points semblables sont faits à partir du point d'enfouissement du moignon appendiculaire, que l'on aura eu soin de pratiquer au fil de lin et dont on aura gardé les deux chefs suffisamment longs.

La paroi cæcale est invaginée, entre ces points, avant de les serrer. Les deux chefs de ceux-ci, conservés, serviront, lors de la cæcopexie, à fixer le cæcum ou péritoine pariétal de la fosse ilio-lombaire.

Pour le premier point de cæcopexie, on utilise le fil d'enfouissement du moignon appendiculaire. On passe l'un des chefs dans le péritoine pariétal de la fosse iliaque droite, avec une aiguille de Bergeret, puis on le noue avec le chef restant.

On recommence cette opération autant de fois qu'il y a de points en X, en prenant soin d'étager les points sur le péritoine pariétal à la hauteur de ceux qui leur correspondent sur le cæcum.

CÆOPLICATURE ET CÆOPEXIE

CÆOPEXIE LINEAIRE APRES CÆOPLICATURE



Suture au Péritoine
Pariétal du bord
antéro-externe du
Cæcum après
Cæcoplicature

(COUPÉ)

CÆOCOLOPEXIE LINEAIRE

de bas en haut

Le point d'enfouisse-
ment de l'Appendice
servant à la fixation
du fond du cæcum
et les fils ayant
servi à la Cæcopli-
cature fixés au
Péritoine Pariétal



(VUE FRONTALE)



Incision du Péritoine Pariétal
Suture au Péritoine Cæcal de la
Lèvre externe de l'incision
du Péritoine Pariétal
(au niveau de la bandelette postéro-externe)

Suture au bord postéro-interne du
Cæcum de la Lèvre interne de
l'incision du Péritoine Pariétal



CÆOPEXIE RETRO-PERITONEALE

CÆOPLICATURE

Fig. 2 - montrant les deux techniques de Cæcopexie

- en haut : **Cæcopexie Linéaire**
- en bas à gauche : **Cæcopexie Rétropéritonéale**
- en bas à droite : **Cæcoplicature**

Cette intervention est la plus souvent utilisée. Cette technique est simple et ses résultats sont satisfaisants.

2° CÆCOPEXIE RÉTROPÉRITONÉALE :

Cette deuxième technique consiste à faire du cæcum un organe rétropéritonéal. Pour réaliser cette opération ; on incise le péritoine pariétal postérieur de la fosse iliaque droite sur quelques centimètres, selon une direction parallèle aux bandelettes cæcales, puis on suture au péritoine cæcal (au niveau de la bandelette postéro-externe) la lèvre externe de l'incision du péritoine pariétal et à la bandelette postéro-interne, la lèvre interne de cette même incision.

On peut associer à cette cæcopexie rétro-péritonéale, une cæcopicature, si l'ectasie cæcale est développée.

D'autres interventions ont été proposées pour le gros cæcum mobile douloureux, c'est ainsi que WILMS, STIERLIN, HAUSMANN, ont conseillé la rétropéritonéisation du cæcum, en découpant un volet dans le péritoine postérieur clivé, et en fixant le cæcum derrière ce volet rabattu sur lui.

La mobilisation du côlon ascendant a été proposée par TAVEL, JACKSON, DUVAL, ROUX, HOFMEISTER et NORDMANN ; la résection iléocæcale par SCHIMIEDEN ; l'iléotransversostomie par WILMS et la cæcosigmoïdostomie par PIÉRI.

La plupart du temps, cependant ; nous ne pensons pas que de telles opérations soient nécessaires et nous croyons que les simples cæcopicatures et cæcopexies, selon les techniques que nous avons décrites suffisent.

Les suites opératoires en sont simples et ne diffèrent pas de celles de l'appendicectomie.

OBSERVATIONS

OBS. II. — *Gros cæcum mobile accompagné d'appendicite aiguë.*

Le maréchal des logis G... entre au Val-de-Grâce, dans le deuxième service de chirurgie, pour syndrome douloureux de la fosse iliaque droite.

Malade âgé de 24 ans.

A fait un séjour en Indochine mais n'a pas eu de dysenterie amibienne.

A commencé à souffrir vers le mois de janvier 1950, par crises espacées, au nombre de douze environ, jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Ces crises sont à peu près identiques. Elles débutent vers le milieu de la matinée, brusquement, atteignant leur maximum en un quart d'heure environ. Les douleurs sont généralisées à tout l'abdomen mais prédominant à droite. Le malade éprouve une sorte de tension douloureuse, au niveau de la fosse iliaque droite, s'accompagnant souvent de nausées et parfois de vomissements.

La durée de la crise est environ de trois à quatre heures.

La température s'élève et le pouls s'accélère. A certains moments le malade a l'impression de « quelque chose qui se vide » dans la fosse iliaque droite. Il ressent des gargouillements, perçoit des bruits hydro-aériques et c'est à ce moment que se produit une sédation brusque de la crise. Il a aussi remarqué que le décubitus ventral favorise la cessation de l'épisode douloureux.

A l'examen: température 38°4, pouls 90.

A la palpation, zone douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite et à la dépression profonde de celle-ci, on sent un cordon, roulant et s'échappant sous les doigts, interprété comme le bord interne d'un gros cæcum.

La pression de la paroi, à deux travers de doigts en dedans des épines iliaques antérieures et supérieures, réveille à droite une douleur. Ce signe a été interprété comme un symptôme de névrite des abdomino-génitaux, due à une appendicite rétro-cæcale (signe de Giraud). Toucher rectal douloureux.

Intervention le 8 février 1952 : Rachi-anesthésie, incision de Mac Burney. Appendice rétro-cæcal très enflammé. Gros cæcum mobile. Cæcoplicature. Cæcopexie linéaire. Fermeture plan par plan. Agrafes cutanées. On trouve du pus à l'ouverture de l'appendice.

Suites opératoires normales.

OBS. III. — *Gros cæcum mobile avec réaction appendiculaire aiguë.*

Mme T... est vue en consultation au Val-de-Grâce en février 1952. Elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre. Règles régulières peu abondantes et douloureuses. Sensations de pesanteur et constipation fréquente. Elle souffre périodiquement de crises douloureuses de la fosse iliaque droite, mais plus particulièrement au moment des périodes catéméniales.

Le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal, mais décèle une légère douleur à droite.

Le diagnostic hésite entre une salpingo-ovarite droite et une appendicite subaiguë, car la palpation de la fosse iliaque droite révèle une zone douloureuse.

Elle est hospitalisée et opérée le 27 février 1952: incision de Jayle; extériorisation d'un gros cæcum; ablation d'un appendice congestif, long et turgescant. Exploration de l'appareil génital qui s'avère négative. Pas de kyste ovarien. Cæcopicature et cæcoplexie linéaire.

Suites opératoires normales. Disparition des signes cliniques que la malade éprouvait avant l'opération.

Aspect histologique de l'appendice en faveur d'une appendicite subaiguë. Examen cyto-bactériologique du contenu appendiculaire, à l'examen duquel on trouve des hématies, de nombreux polynucléaires aurolysés, flore microbienne abondante et polymorphe. (Bacilles Gram négatif et Gram positif, cocci Gram positif, spirilles.)

OBS. IV. — *Gros cæcum mobile et appendicite chronique.*

Le soldat B... entre à l'hôpital du Val-de-Grâce pour syndrome douloureux de la fosse iliaque droite à allure subocclusive. Malade constipé depuis deux jours.

Début brutal de la crise par une douleur abdominale droite avec ténésme vésical. Quelques irradiations lombaires. Nausées. Etat saburral des voies digestives. Température 38°, pouls 80.

Les douleurs cessent spontanément. Une heure et demie, deux heures après leur début. Mais l'arrêt des gaz subsiste.

A l'examen, ventre souple, signe de Mac Burney positif, signe de Lapinski positif. A la palpation de la fosse iliaque droite, on sent une masse allongée, de consistance élastique, roulant sous les doigts. Cette manœuvre déclenche des gargouillements. Toucher rectal très douloureux à droite.

Le lendemain: émission de gaz, mais nouvelle crise douloureuse.

Dans ses antécédents on relève des crises douloureuses abdominales semblables avec irradiations lombaires.

Un examen radiographique, après lavement baryté, montre un gros cæcum descendant jusqu'au niveau du détroit supérieur.

Intervention : Appendicectomie, gros cæcum mobile avec voile de péritéplite, paroi du cæcum épaissie, cæcopicature, cæcopexie linéaire.

Aspect histologique de l'appendice « en faveur d'une appendicite chronique ».

Suites opératoires normales.

OBS. V. — *Gros cæcum mobile et appendicite chronique.*

Le soldat V... est vu en consultation au Val-de-Grâce pour troubles digestifs, avec douleurs abdominales droites.

Inappétence. Digestions longues et pénibles. Etat nauséux et parfois vomissements. Céphalées. Constipation habituelle.

Sur ce fond continu de troubles digestifs et généraux, se greffent des crises douloureuses, siégeant au niveau de la fosse iliaque droite. Ces paroxysmes douloureux s'installent en quelques minutes, s'accompagnent de météorisme abdominal et cèdent au bout de deux heures environ avec des gargouillements. Le malade éprouve après ces crises, une sensation de pesanteur au niveau de la fosse iliaque droite. ;

Un examen radiologique du cadre colique, après lavement baryté, révèle un gros cæcum mobile, avec point douloureux cæco-appendiculaire.

A l'examen : ventre souple, signe de Mac Burney positif, signe de Lapinski positif, toucher rectal douloureux à droite.

Pas de météorisme abdominal (le malade n'est pas examiné en période de crise).

Intervention : Incision de Mac Burney. Extériorisation facile d'un volumineux cæcum. Appendicectomie. Appendice long, recourbé en « cor de chasse ». Cæcopicature. Cæcopexie linéaire.

Suites opératoires normales.

OBS. VI. — *Gros cæcum mobile sans réaction appendiculaire.*

Le soldat P... est admis le 29 décembre 1951 à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans le deuxième service de chirurgie, pour syndrome abdominal douloureux de la fosse iliaque droite.

Malade âgé de 21 ans.

Début de la crise le 28 au soir, vers 21 heures, par une douleur brutale de la fosse iliaque droite, accompagnée de céphalées et de vomissements. Température 38°5. Pouls 88. La crise cesse spontanément vers 23 heures. Durée de la crise : deux heures. Nou-

velle crise identique le lendemain matin, qui ne dure également que deux heures. Le malade est mis en observation, à la diète hydrique avec glace sur le ventre.

Le 29 au soir : pas de météorisme abdominal, mais la palpation de la fosse iliaque droite reste douloureuse.

Le 30 décembre, le malade ne présente plus aucun signe objectif, paroi abdominale souple, palpation non douloureuse.

Cependant on relève dans les antécédents de ce malade plusieurs crises semblables à celle que nous venons de décrire, de courte durée, débutant et finissant brusquement, et s'accompagnant de nausées, de vomissements, de céphalée et de constipation.

Intervention le 2 janvier 1952 : Appendicectomie. L'appendice est macroscopiquement sain, mais le cæcum est volumineux et mobile, sa paroi est épaissie et recouverte de voiles de pérityphlite. Cæcopicature. Cæcopexie linéaire.

L'examen anatomo-pathologique de l'appendice a confirmé qu'il s'agissait bien d'un appendice macroscopiquement et microscopiquement sain.

Suites opératoires normales.

OBS. VII. — *Gros cæcum mobile sans réaction appendiculaire.*

Mlle B... Agnès, âgée de 16 ans, vient consulter au Val-de-Grâce pour syndrome douloureux de la fosse iliaque droite.

L'interrogatoire fait préciser que ces crises douloureuses s'installent en quelques minutes, durent une heure ou deux environ et cèdent brusquement. Ces paroxysmes douloureux surviennent au cours de périodes de trois ou quatre jours, pendant lesquels la malade accuse une tension douloureuse de l'abdomen, prédominant à droite, un certain météorisme abdominal, une inappétence absolue et une constipation opiniâtre. Les céphalées sont fréquentes, au cours de ces périodes douloureuses, qui surviennent volontiers dans les quelques jours précédant les règles. Le décubitus dorsal et la position assise sont intolérables, seul le décubitus ventral soulage la malade.

À l'examen, zone douloureuse à la palpation de la fosse iliaque droite. En déprimant profondément la paroi, on sent une masse mobile, de consistance élastique, échappant à la main. Cette manœuvre déclenche des borborygmes. Le signe de Lapinski est positif.

Intervention le 8 février 1952 : Incision de Mac Burney. Extériorisation facile d'un gros cæcum mobile. Ablation d'un appendice macroscopiquement sain. Cæcopicature, cæcopexie longitudinale. Fermeture plan par plan. Crins cutanés. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire confirme qu'il s'agit un « appendice sensiblement normal ».

Suites opératoire normales.

OBS. VIII. — *Appendicectomie antérieure, gros cæcum mobile.*

Mme J... a été opérée, à l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon, en juillet 1947, d'une péritonite appendiculaire, traitée par appendicectomie suivie de drainage, lequel a laissé une cicatrice douloureuse.

Après cette opération, la malade a continué à souffrir de la fosse iliaque droite. Crises douloureuses débutant rapidement et finissant de même. Sensation de distension et de pesanteur abdominale droite, s'accompagnant de lombalgies droites et de constipation.

Ces douleurs sont intenses, sans crises dysuriques, ni hématuries, ni irradiations nettes dans la racine de la cuisse. Reins ni perceptibles, ni douloureux. Trajets urétéraux indolores. L'examen génital ne montre rien de particulier. Réintervention le 15 janvier 1949 : Résection de la cicatrice. Gros cæcum mobile, à paroi épaissie avec voile de pérityphlite. Cæcoplicature, cæcopexie linéaire. Suites opératoires normales.

Depuis, nous avons pu avoir des nouvelles de cette opérée, avec un recul de trois ans. Cette personne reconnaît avoir été complètement soulagée de ses douleurs abdominales et lombaires.

Cette observation prouve que les douleurs subsistant après appendicectomie simulent l'appendicite et sont la conséquence d'un gros cæcum mobile, puisque cæcoplicature et cæcopexie ont définitivement guéri la malade. Un autre intérêt de cette observation réside dans la symptomatologie lombaire présentée par cette affection.

OBS. IX. — *Gros cæcum mobile chez un appendicectomisé :*

Le soldat C... est hospitalisé à Desgenettes le 12 juin 1950, pour douleurs de la fosse iliaque droite. Il a cependant subi, en 1945, une appendicectomie sans drainage.

A l'examen, douleur à la palpation profonde de la fosse iliaque droite. Cæcum et côlon ascendant gargouillants. Bon état général. Pas d'amaigrissement. Constipation habituelle.

Un examen radiologique, après lavement baryté, montre que l'opacification progresse normalement dans tout le cadre colique, avec toutefois un léger temps d'arrêt au niveau de l'angle splénique. La réplétion du transverse et du côlon ascendant est rapide, la bouillie barytée est poussée au delà de la valvule iléo-cæcale, de façon à obtenir le remplissage d'une partie de l'iléon, qui est douloureux à la palpation. Sur le cliché, le bas-fond cæcal apparaît déchiqueté, avec mauvaise imprégnation de la muqueuse de l'iléon. Les images après évacuation, en couches minces et après insuffla-

tion, confirment l'aspect ficelé, hypertrophique du bas-fond cæcal.

Intervention le 6 juillet 1950 : Gros cæcum mobile en position basse. Non accollement de la partie basse du côlon ascendant. Cæcopicature et cæcoplexie linéaire.

Suites opératoires normales.

Avec un recul d'un an et demi, des nouvelles de ce malade nous apprennent qu'il a été complètement soulagé depuis cette deuxième opération.

OBS. X. — *Gros cæcum mobile chez une appendicectomisée :*

Mme B... est hospitalisée le 3 mars 1952 à l'hôpital du Val-de-Grâce pour syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, malgré une appendicectomie pratiquée en 1947 pour syndrome appendiculaire chronique.

Elle se plaignait de douleurs post-prandiales, de digestions pénibles, surtout après l'ingestion de féculents. Asthénie, verliges, pas d'amaigrissement. Quelques crises douloureuses de la fosse iliaque droite apparaissant et disparaissant rapidement et ne durant jamais plus de deux heures au maximum. Constipation habituelle.

L'appendicectomie n'a pas amélioré sensiblement l'état de santé de cette malade; aussi revient-elle consulter cinq ans après pour les mêmes troubles allant en s'aggravant.

Une radiographie, après lavement baryté, met en évidence un énorme cæcum.

Intervention : Volumineux cæcum, parois épaissies, avec voile de pérityphlite, qui a nécessité une plicature importante et une fixation par trois points au péritoine pariétal latéral.

Suites opératoires normales.

Une nouvelle radiographie pratiquée quelque temps après l'opération montre la diminution de volume du cæcum et permet de faire la comparaison. (Fig. 1 : I et II.)

OBS. XI.

Voici une observation très intéressante, en instance de publication dans un travail de M. le Professeur GIRAUD à la *Société de Chirurgie de Lyon*. Elle est un argument sérieux dans le réquisitoire dressé contre les méfaits du gros cæcum mobile qui peut, en créant de telles complications, devenir très dangereux.

« Le 1^{er} septembre 1951, le soldat B..., âgé de 21 ans, est hospitalisé dans notre service de chirurgie du Val-de-Grâce, pour occlusion intestinale. Trois semaines auparavant, il a été opéré d'urgence d'une appendicite aiguë; appendicectomie sans drai-

« nage, à en croire la netteté de la cicatrice dont il est porteur,
« car nous n'avons pas eu connaissance du protocole opératoire.
« Les suites immédiates de l'intervention ont été parfaites, puis-
« qu'il est venu en convalescence dans sa famille. C'est au cours
« de celle-ci que, la veille de son hospitalisation au Val-de-Grâce,
« il est pris subitement de douleurs violentes de la fosse iliaque
« droite avec syndrome de Koenig et vomissements verdâtres.

« Dès son arrivée, il est soumis à l'aspiration continue qui le
« soulage rapidement. Pourtant trente heures plus tard les dou-
« leurs réapparaissent, ainsi que les vomissements ; l'état général
« s'altère, si bien que trente-six heures après son admission à l'hô-
« pital nous décidons d'intervenir d'urgence.

« Sous anesthésie en circuit fermé (protoxyde, éther, oxygène)
« ne la cicatrice opératoire est réséquée et la laparotomie agran-
« die. Un liquide séreux s'échappe, dès l'ouverture du péritoine,
« en quantité minime, il est vrai. Au fond de la fosse iliaque droite
« existe un magma d'anses intestinales de faible calibre, rougeâ-
« tres, accolées les unes aux autres, fixées également dans la pro-
« fondeur, si bien que l'on a de grosses difficultés pour les iden-
« tifier. Se reportant vers la grande cavité péritonéale, on perçoit
« une anse grêle dilatée terminée par une zone rétrécie strangulée.
« Dès lors, clivant centimètre par centimètre, on peut arriver à
« identifier l'aspect de cet étranglement : il est constitué par le
« méso-côlon droit passant en avant des dernières anses grêles.
« Avec de grosses difficultés on reconnaît le cæcum, dont le fond
« est fortement adhérent dans le pelvis, au delà du psoas. Pru-
« demment le cæcum est décollé et, enfin, on peut reconnaître les
« anses intestinales, les identifier et se rendre compte de ce qui
« s'était passé. Plusieurs anses grêles étaient situées au-dessous
« du cæco-côlon, le fond du cæcum adhérait dans le pelvis, le
« méso strangulait l'intestin.

« Le tout étant libéré, se présentaient :

« 1° Les dernières anses iléales désolidarisées les uns des au-
« tres, mais avec une séreuse éraillée en de nombreux endroits.

« 2° Une anse iléale dilatée, se vidant mal, bien que l'agent
« d'étranglement ait été levé.

« 3° Un cæco côlon mobile dont le moignon appendiculaire
« s'était largement ouvert.

« Le fond du cæcum est largement enfoui de façon à fermer
« l'abouchement de l'appendice et à réduire le volume du cæco-
« côlon. L'anse grêle se vidant mal, une ileo-transversostomie est
« pratiquée au bouton de Jaboulet, enfin, dans les craintes de nou-
« velles adhérences entre les dernières anses iléales, celles-ci sont
« suturées les unes aux autres, réalisant l'opération de Noble que
« le Professeur Quénu a vanté dans sa communication récente à
« l'Académie de Chirurgie. Suture de la paroi en un plan.

« Les suites opératoires immédiates furent assez mouvemen-
« lées, mais rapidement, grâce à l'aspiration continue, le transit
« intestinal reprit et l'état général s'améliora rapidement. Un mois
« plus tard, le transit intestinal fut vérifié par lavement baryté ;
« la bouillie opaque passait directement et aisément du côlon trans-
« verse dans les dernières anses grêles et le malade ne se plaignait
« d'aucun trouble fonctionnel. La reprise du poids était complète. »

STATISTIQUES

Sur un total de 157 cæcoplicatures cæcopexies pratiquées dans le service de chirurgie du professeur GIRAUD à Desgenettes à Lyon de mai 1947 à juillet 1951 cette opération fut pratiquées :

12 fois sur des malades appendicectomisés antérieurement dans un autre hôpital et qui continuent à présenter les mêmes symptômes qui les conduits à se faire opérer. Tous ces malades ont guéri sans incident et les crises douloureuses ne se sont pas reproduites après cette 2^e opération. Plusieurs ont été revus après un certain temps de recul et ils n'avaient pas eu de nouvelle crise douloureuse.

72 fois pour gros cæcum mobile accompagné d'appendicite chronique.

39 fois pour gros cæcum mobile accompagné de lésions aiguës de l'appendice, parfois même avec perforation et abcès.

16 fois pour gros cæcum mobile sans réaction appendiculaire.

18 fois au cours d'interventions abdominales surtout gynécologiques où l'appendicectomie fut pratiquée systématiquement et permit de découvrir un volumineux cæcum prolabé dans le pelvis au-dessous du détroit supérieur. Le cæcum fut fixé et diminué de volume.

Enfin de novembre 1951 à mai 1952 dans le service du professeur GIRAUD au Val-de-Grâce, 78 malades ont été opérés du syndrome du gros cæcum mobile douloureux.

54 fois pour gros cæcum mobile accompagné de signes d'inflammation chronique de l'appendice.

15 ont montré à l'intervention un appendice macroscopiquement sain.

7 avaient un appendice présentant des lésions d'inflammation aiguë.

2 malades appendicectomisés antérieurement pour appendicite chronique et qui continuaient à présenter les mêmes troubles subirent une cæcoplicature et une cæcopexie complémentaires.

D'après ces chiffres portant sur des cas de gros cæcum mobile s'étalant sur 5 années nous avons trouvé :

Gros cæcum mobile accompagné :

— d'appendicite chronique 54 %.

— d'appendicite aiguë 20 %.

— d'appendice sain 20 %.

Malades antérieurement appendicectomisés 6 %.

CONCLUSIONS

De nombreux syndromes douloureux de la fosse iliaque droite ne sont pas dus, uniquement, à une réaction appendiculaire. Ceci est prouvé par le fait que certains appendicectomisés continuent à présenter, après cette opération, les mêmes troubles qu'auparavant. Une autre preuve est apportée par le nombre de laparotomies occasionnées par un syndrome douloureux pseudo appendiculaire et qui conduisent ; en réalité, à l'ablation d'un appendice macroscopiquement sain ; ce qui n'empêche pas ces malades de continuer à souffrir comme par le passé, après cette intervention.

La fréquence de la constatation, dans ces cas, d'un cæcum volumineux et anormalement mobile, nous a conduit à penser qu'il était, en partie ou totalement responsable de ce syndrome douloureux pseudo-appendiculaire. La preuve en est fournie par ces appendicectomisés qui continuent à souffrir, et qui ont été complètement soulagés par une cæcoplicature suivie d'une cæcopexie.

Nous apportons deux observations (VIII et IX), choisies parmi plusieurs autres, de malades qu'une appendicectomie n'avait pas soulagés et qui ont été définitivement guéris par cette deuxième opération ; et ceci après un recul suffisant d'un an et demi pour l'un et de trois ans pour l'autre.

La constatation fréquente d'un gros cæcum mobile avec des voiles de pérityphlite, accompagné d'une réaction appendiculaire aiguë ou chronique, nous a conduit à nous demander si cette anomalie de volume et de mobilité cæcale n'était pas à l'origine de cette altération appendiculaire.

Un gros cæcum mobile peut en effet se déplacer, se volvuler et devenir momentanément le siège de stase, qui, dans un milieu intestinal septique, favorise le développement des germes

et leur passage à la virulence. Ces phénomènes mécaniques, vont retentir à leur tour sur la circulation appendiculaire. Les parois de l'appendice et sa valvule de Gerlach s'œdématisent réalisant la stase appendiculaire ; d'où l'inflammation et l'infection possible de cet organe.

Les statistiques que nous avons faites, et qui portent sur tous les cas opérés dans les services du professeur GIRAUD, tant à l'hôpital Desgenettes à Lyon qu'à l'hôpital du Val-de-Grâce à Paris nous montrent que dans la moitié des cas, un gros cæcum mobile s'accompagne d'appendicite chronique dans un cinquième des cas nous constatons une réaction appendiculaire aiguë et une fois sur cinq également nous trouvons un appendice sain.

Ces diverses constatations nous montrent l'intérêt de penser à cette pathologie spéciale du cæcum et d'en faire le diagnostic.

Devant un tableau d'appendicite aiguë, c'est un diagnostic d'intervention qui s'impose et c'est après la laparotomie que l'on constatera l'existence d'un gros cæcum mobile, qu'il conviendra de diminuer de volume et de fixer après avoir pratiqué l'appendicectomie.

A côté des troubles engendrés par une appendicite chronique, nous penserons à la possibilité d'un gros cæcum mobile devant la note spéciale qu'apporte la symptomatologie cæcale particulièrement nette, telle que nous l'avons décrite chez les sujets antérieurement appendicectomisés ou chez les porteurs de gros cæcum mobile, sans réaction appendiculaire.

Elle est caractérisée par la rapidité d'installation de la crise qui dure peu, au maximum 2 à 3 heures, et qui cède brusquement avec un bruit hydro-aérique. Le météorisme abdominal prédomine à droite ; la constipation est fréquente, accompagnée de céphalées, le décubitus dorsal et la position assise sont intolérable alors que le décubitus ventral soulage souvent ces maux. La radiographie, après lavement baryté, apporte d'utiles renseignements sur l'ectasie cæcale et la palpation sous écran montre sa mobilité excessive. A la palpation de la fosse iliaque droite nous pouvons sentir le bord épaissi d'un volumineux cæcum, se présentant comme une masse allongée, de consistance

élastique, roulant sous les doigts et s'échappant à la main qui le palpe.

Lors de l'intervention pour appendicectomie, il ne faut pas hésiter à diminuer de volume et à fixer un gros cæcum mobile, dont les parois sont épaissies et recouvertes de voiles de pérityphlite, si l'on ne veut pas exposer ces malades à continuer à souffrir. Cette opération guérira ceux qu'une appendicectomie antérieure n'a pas totalement soulagés.

Vu :

Vu :

LE DOYEN :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

L. BINET.

J. SÉNÈQUE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

ROUVIÈRE. — Traité d'anatomie.

GRÉGOIRE et OBERLIN. — Précis d'anatomie.

GLUCKMANN. — Comptes-rendus de l'Académie des Sciences. Séance du 5 mai 1947.

HEPP M.-J. — Pathologie du cæcum et de l'appendice. *Précis de pathologie chirurgicale*.

PAITRE F., GIRAUD D., et DUPRET S. — Pratique anatomo-chirurgicale, région abdominale, moyenne et rectum.

JUNGHANNS Herbert. — Der Sammelbegriff « Cæcum mobile » und seine chirurgische Behandlung. (*Der Chirurg*. Oktober 1947.)

THIELE W.-H. — Le cæcum mobile responsable de lombalgie et de douleurs abdominales chez la femme. *Geburstshilfe Frauenheilkunde*. Septembre 1948.

MAINGOT G., SARRASIN R. et DUCLOS H. — Exploration radiologique des côlons et de l'appendice.

CONTE M. — Colites localisées segmentaires. Pathologie médicale sous la direction de Pasteur-Valléry-Radot.

ANCEL et CAVAILLON. — Sur le cæcum flottant et le processus d'accolement du péritoine cæcal. *Lyon médical* 1907 t. CVIII.

BÉRARD et DARGENT. — Volvulus partiel cæco-appendiculaire à symptômes d'appendicite postérieure. *Lyon chirurgical*, mai-juin 1936.

SMALL A. — La correction chirurgicale des anomalies de fixation du côlon ascendant. *American surgery*, t. 106, p. 230-249.

CARAES Olivier : Cæcum invagination des bosselures. Paris thèse médicale 1950, n° 970.

BARBER P. — Volvulus d'un cæcum mobile. *Zent. fur. chir.* t. 64, 8 mai 1939.

CONADE Maurice. — Cæcum volvulus aigu. Paris thèse médicale, 1948, n° 35.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	9
HISTORIQUE.	11
Rappel embryologique	14
Rappel anatomique	16
Anatomie pathologique	19
Bactériologie.	21
Pathogénie.	22
Symptomatologie.	25
I. — Signes cliniques	25
II. — Formes cliniques	29
III. — Signes radiologiques	31
Traitement.	34
Observations.	36
Statistiques.	44
CONCLUSIONS.	47
BIBLIOGRAPHIE.	50

Librairie ARNETTE à Paris
N° d'édition 14/1952

